Explications biologiques du mécanisme des effets indésirables des vaccins anti-COVID-19

Dans cette guerre de l'information tant dissymétrique que criminelle voulant pousser à une vaccination prétendument aussi utile que sans risque, voici la contribution de l'AIMSIB à la réflexion de ceux qui ont encore accès à nos textes. Hélène Banoun s'est surpassée dans la qualité des sources pendant qu'Emma Kahn s'appliquait à rendre son propos limpide… Au final, un torrent ininterrompu d'effets indésirables post-vaccinaux graves, rythmé par des articles plus dérangeants que les autres mais que l'industrie des vaccins a réussi à faire supprimer. Voici probablement l'article le plus complet, le plus abouti et le plus accusatoire qu'il ne nous est jamais été donné de publier. Bonne lecture.

Emma Kahn

***

par **Hélène Banoun**

Ce texte a été présenté initialement le 17 septembre 2022 à l'UER[1] de Villeneuve-Les-Avignons dont nous reproduisons ici le haut de l'affiche, le document complet se situe en bas de l'article)

Résumé

Les vaccins anti-COVID-19 utilisés sont tous fondés sur la spike ou la contiennent.

Les vaccins reproduisent les effets pathogènes de la spike virale toxique.

La plupart des mécanismes biologiques qui expliquent les effets indésirables des vaccins ont été anticipés par des experts officiels ou non.

La spike du SARS-CoV-2 interagit avec le système rénine-angiotensine (via sa liaison à l'ACE2) et va le déréguler : ce mécanisme permet d'anticiper la pathogénicité du virus et des vaccins.

De plus, l'ADE est connu pour les vaccins anti-coronavirus et a été noté dans les essais de vaccins contre le SARS-CoV-1. L'ADE a été démontré dans la COVID-19 et les anticorps facilitants trouvés après vaccination.

Les autres mécanismes biologiques concernent l'effet allergisant du PEG des nanoparticules (LNPs), les homologies de la spike avec les protéines humaines, la biodistribution des LNPs dans le foie, la rate, les ovaires et testicules, la moelle osseuse, en particulier, la capacité de la spike de se transformer en prion. L'immunosuppression aspécifique et spécifique sont aussi explorées dans ce texte ainsi que l'effet cancérogène des vaccins.

Les myocardites et thromboses seront abordées ultérieurement.

Introduction

Les vaccins anti-COVID-19 utilisés sont tous fondés sur la spike ou la contiennent. Les vaccins reproduisent les effets pathogènes de la spike virale toxique.

La plupart des mécanismes biologiques qui expliquent les effets indésirables des vaccins ont été anticipés par des experts officiels ou non.

La spike du SARS-CoV-2 interagit avec le système rénine-angiotensine (via sa liaison à l'ACE2) **et va le déréguler** : ce mécanisme permet d'anticiper la pathogénicité du virus et des vaccins.

De plus, l'ADE est connu pour les vaccins anti-coronavirus et a été noté dans les essais de vaccins contre le SARS-CoV-1. L'ADE a été démontré dans la COVID-19 et les anticorps facilitants trouvés après vaccination. Les autres mécanismes biologiques concernent **l'effet allergisant du PEG des nanoparticules** (LNPs), **les homologies de la spike avec les protéines humaines, la biodistribution des LNPs** dans le foie, la rate, les ovaires et testicules, la moelle osseuse, en particulier, la capacité de la spike de se transformer en prion. L'immunosuppression aspécifique et spécifique sont aussi explorées dans ce texte ainsi que l'effet cancérogène des vaccins. Les myocardites et thromboses seront abordées ultérieurement.

Principe des vaccins utilisés dans les pays occidentaux

Les effets toxiques délétères de la spike ont été énoncés dès le printemps 2020 par Jean-Marc Sabatier[2] : il prévoyait des effets délétères de l'infection par SARS-CoV-2 résultant de la fixation de la protéine spike du coronavirus sur le récepteur cellulaire humain ACE2. Les vaccins sont tous fondés sur la protéine spike qui a depuis été reconnue comme la principale responsable (si ce n'est l'unique cause) de la pathogénicité du virus SARS-CoV-2[3],[4],[5],[6],[7], **donc les EIs des vaccins vont être en rapport avec la toxicité de la spike**[8].

- Les plus utilisés sont **les vaccins à ARNm Pfizer et Moderna qui injectent le code modifié de la protéine spike de surface du virus et transforment ainsi le vacciné en usine à spike toxique.**
- Les vaccins à adénovirus modifié injectent de l'ADN qui est aussi le code de la spike (Astra Zeneca, Janssen)
- Les vaccins inactivés type Valneva contiennent la totalité de l'agent infectieux qui est inactivé chimiquement et donc contiennent la spike ainsi qu'un adjuvant jamais expérimenté.

- Les vaccins dits classiques sont constitués de la protéine spike injectée avec un adjuvant (qui est en général nouveau ou ayant prouvé sa toxicité) : Novavax, Sanofi, Hipra, …

Donc théoriquement, on injecte une quantité fixe de spike avec ces vaccins « classiques » et on devrait avoir moins d'EI qu'avec l'usine à spike constituée par les vaccins ARN ou ADN mais en fait les mêmes EIs sont détectés et semble-t-il en même quantité, ceci pourrait être dû aux adjuvants qui stimulent exagérément la réaction immunitaire à cette spike déjà capable de dérégular le système Immunitaire ; il se peut qu'intervienne ici le mécanisme des anticorps anti-idiotypes.

En plus de la toxicité de la spike, il faut aussi signaler **les phénomènes de facilitation de l'infection par le vaccin** qui sont bien connus et ont été soulignés dès le début 2020 par les experts officiels : ils sont spécialement documentés pour **les vaccins anti-coronavirus chez les animaux** (au cours d'essai clinique et en utilisation commerciale ; et en post-commercialisation chez l'homme pour d'autres virus, par exemple le vaccin contre la dengue).

Les EIs du vaccin reproduisent les pathologies associées à la COVID-19

Risques toxiques comparés de la spike virale et de la spike vaccinale

Les promoteurs de la vaccination ont tendance à exagérer la pathogénicité du virus pour accroître le bénéfice risque du vaccin : ils oublient que toutes les personnes qui rencontrent le virus ne développent pas de COVID-19 sévère, loin de là, et que, par contre, **tous les vaccinés sont susceptibles de fabriquer de grandes quantités de spike toxique à l'intérieur de tout l'organisme,** voir la conférence des pathologistes allemands, les Prs Arne Burkhardt et Walter Lang[9]. Lors d'une infection COVID-19, les effets systémiques du SARS-CoV-2 ne se

manifestent qu'en cas de maladie symptomatique sévère et pas chez les personnes infectées légèrement : celles-ci éliminent le virus au niveau des voies respiratoires supérieures grâce à leur immunité innée et ne permettent pas au virus de se multiplier dans l'organisme et donc d'y répandre la spike toxique[10].

Pourquoi les enfants et beaucoup d'adultes ne sont pas atteints par la COVID-19 ? Le rôle de la réponse immunitaire de l'hôte y est prépondérante[11]. Il faut aussi insister sur les différences d'exposition à la spike toxique selon la gravité de l'infection COVD-19, d'une part, et en comparaison avec la vaccination, d'autre part. **Et en effet chez les personnes infectées mais n'ayant pas développé de Covid-19 sévère, on n'observe pas les pathologies associées à la COVID-19.** Par contre, les vaccins injectent tous soit de la spike, soit l'ARNm de la spike dans l'organisme et **tous les vaccinés seront confrontés plus ou moins aux effets toxiques de cette protéine en fonction de la pharmacodynamie du vaccin qui n'a pas été étudiée malheureusement.**

Une étude de cohorte prospective et longitudinale a permis de suivre les jeunes membres des Forces armées suisses (FAS). Elle a permis de quantifier l'impact de l'infection par le SRAS-CoV-2 sur la santé cardiovasculaire, pulmonaire, neurologique, rénale, ophtalmologique, reproductive masculine, psychologique et générale, en plus des paramètres de laboratoire. Il n'y avait pas de différences significatives dans les scores du questionnaire psychosocial, les résultats ophtalmologiques, la qualité ou la motilité des spermatozoïdes entre les témoins et les personnes infectées plus de 6 mois auparavant par le SRAS-CoV-2.

Conclusions : Les personnes jeunes, auparavant en bonne santé, se remettent largement d'une infection légère et l'impact multi-système de l'infection est moindre que celui observé chez les patients plus âgés ou hospitalisés. Ces résultats

peuvent être extrapolés au personnel de santé et à d'autres jeunes adultes en activité[12].

Malgré les altérations de la substance blanche du cerveau observées dans une autre étude, **une infection légère à modérée par le SRAS-CoV-2 n'était pas associée à une dégradation des fonctions cognitives au cours de la première année suivant la guérison**[13].

ACE et le SRA

Le récepteur ACE2 constitue l'un des maillons du système rénine angiotensine (SRA), un système hormonal essentiel à notre organisme. **Le SARS2 suractive le SRA.** Le SRA est considéré comme l'un des principaux régulateurs de la physiologie cardiovasculaire en contrôlant l'homéostasie du sodium, le remodelage cardiovasculaire, le maintien du tonus vasculaire et la régulation de la pression artérielle.

En occupant ACE2, le virus de la Covid l'empêcherait de jouer correctement son rôle de régulateur de l'angiotensine 2, un peptide (courte chaine d'acide aminés) qui arriverait ainsi trop massivement sur le récepteur suivant du SRA, AT1R, et pourrait donc susciter des réactions en chaine impactant de nombreux organes, notamment au niveau inflammatoire. La suractivation du SRA provoque également l'induction de signalisations profibrotiques, proapoptotiques et pro-inflammatoires dans les poumons et d'autres organes. Ce mécanisme se caractérise par une tempête massive de cytokines, une hypercoagulation, un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) et de multiples lésions organiques ultérieures.

Le récepteur ACE2 est essentiel pour **l'expression des transporteurs d'acides aminés dans l'intestin :** il module l'immunité innée et influence la composition du microbiote intestinal[14]. Dans cet article de 2020, **JM Sabatier et ses coauteurs avaient ainsi prévu les maladies liées à la Covid et que l'on retrouve en tant qu'EI des vaccins :**

- Hypertension artérielle
- Athérosclérose
- Dysfonctionnement, insuffisance et arrêt cardiaque
- Hypertrophie cardiaque
- Fibrose cardiaque
- Maladie rénale chronique
- Fibrose pulmonaire idiopathique
- Hypertension artérielle pulmonaire
- Lésions pulmonaires aiguës
- Diabète de type 2 / résistance à l'insuline intolérance au glucose / action sur le métabolisme du glucose
- Anosmie / perte d'odorat
- Agueusie / perte de goût
- Inflammation auto-immune du système nerveux central
- Diarrhée
- Glaucome / action sur l'humeur aqueuse
- Thrombose / coagulopathie
- Lésions cutanées / dermatite
- Rétinopathie diabétique / action sur l'humeur aqueuse
- Dysfonctionnement du métabolisme lipidique
- Dysfonctionnement de l'immunité / différenciation et activation des cellules immunitaires
- Maladies auto-immunes (par exemples, sclérose-en-plaques, poly-neuropathie inflammatoire démyélinisante chronique, syndrome de Miller-Fisher)
- Cancer
- Fibrose hépatique / hypertension portale / cirrhose
- Lésion testiculaire

Mise en garde contre l'ADE

Comme je l'écrivais en mai 2020[15], tous les experts s'accordaient déjà en 2020 :

« *Le plus gros problème est la crainte d'un ADE (antibody dependant enhancement, facilitation de l'infection par le vaccin, médiée par les anticorps induits par la vaccination) :*

facilitation de la pénétration du virus dans les cellules par le récepteur du fragment Fc des immunoglobulines ».

« *Un vaccin pourrait potentiellement induire des infections COVID-19 plus graves* ».

L'ADE est un cas particulier de ce qui peut se produire lorsque des taux faibles et non neutralisants d'anticorps spécifiques ou à réaction croisée contre un virus sont présents au moment de l'infection. Ces anticorps peuvent être présents en raison d'une exposition antérieure au virus, d'une exposition à un virus apparenté ou d'une vaccination antérieure contre le virus. Lors d'une réinfection, des anticorps en nombre insuffisant pour neutraliser le virus se lient néanmoins au virus. Ces anticorps se fixent alors au récepteur Fc sur les surfaces cellulaires, facilitant l'entrée du virus dans la cellule et augmentant par la suite l'infectivité du virus.

On ne peut pas différencier une manifestation d'ADE d'une infection virale sans ADE. Donc, quand des maladies ou de décès se produisent dans un court délai après vaccination, on ne peut pas exclure le vaccin comme cause proximale. L'ADE a été démontré dans les essais de vaccins contre le SARS-CoV-1 de 2003 sur les animaux. Les données publiées concernant les vaccins anti-COVID-19 montrent la facilitation et l'aggravation de l'infection juste après l'injection, aussi bien sur les essais cliniques que dans les études observationnelles post-commercialisation et ceci avec tous les types de vaccins (ARN, adenovirus, virus inactivé et vaccin recombinant).

Le mécanisme biologique de l'ADE après infection par le virus a été démontré : les anticorps facilitants sont trouvés chez les patients atteints de COVID-19 graves[16]. Avec l'évolution du virus et l'apparition successive des variants du SARS-CoV-2, **les épitopes facilitants sont conservés et les épitopes neutralisants mutent et permettent l'échappement des variants**

aux anticorps neutralisants, ceci renforçant la possibilité d'ADE après infection ou vaccination contre la souche originelle[17]. Les vaccins ARNm induisent des anticorps plus fortement capables d'interagir par leur fragments Fc que ceux induits par l'infection naturelle : **ces anticorps vaccinaux seraient susceptibles de provoquer l'ADE**[18].

Il a été montré, par ailleurs, que **les sérums de patients vaccinés par le vaccin Pfizer perdent leur activité neutralisante et acquièrent des propriétés facilitant l'infection** avec des variants Delta[19].

Très récemment, un nouvel article japonais montre que certains sérums provenant de personnes vaccinées avec le vaccin à ARNm ciblant la protéine S ont présenté un potentiel d'ADE contre l'infection par la souche originale. **Tous les sérums examinés, y compris les sérums présentant une activité neutralisante contre la souche originale de Wuhan du SRAS-CoV-2, n'ont présenté aucune activité neutralisante contre Omicron**. Au contraire, une certaine activité ADE a été observée dans certains sérums[20]. Un article de S. Seneff et G. Nigh détaillait en 2021 les autres mécanismes biologiques pouvant expliquer les effets indésirables des vaccins à ARNm[21], voir l'analyse en français[22].

L'ARNm des vaccins a été modifié par rapport à celui du virus : il est plus résistant à la dégradation, il code pour une protéine spike modifiée (stabilisée en conformation de pré-fusion ce qui va augmenter la production d'anticorps anti-spike car celle-ci va rester plus longtemps présente dans l'organisme ; cette stabilisation repose sur une mutation proline mais cette proline augmente sa capacité de liaison à l'ACE2), l'expression de la protéine est augmentée par la proportion augmentée de nucléotides CG dans l'ARN par rapport à un ARN viral classique.

Anaphylaxie et auto-immunité

Le PEG qui compose les LNP est capable de provoquer un choc anaphylactique (une proportion notable de la population possède des anticorps anti-PEG).

Certaines protéines virales possèdent **des homologies avec des protéines humaines, en particulier la spike et la NSP3.** Parmi ces protéines humaines homologues, 1/3 sont associées au système immunitaire adaptatif et donc des auto-anticorps induits pourraient affaiblir ce système ; d'autres protéines pourraient être associées à **la maladie cœliaque, la thyroïdite de Hashimoto, la sclérose en plaques.** L'auto-immunité a été rapportée comme séquelle de la Covid mais les asymptomatiques infectés par le virus résistent à la maladie grâce à leur système immunitaire inné et éliminent le virus sans produire beaucoup d'anticorps ; le vaccin outrepasse cette barrière par l'injection IM. Les personnes saines qui échappent à la Covid peuvent, de ce fait, faire des réactions auto-immunes après vaccination par production excessive d'anticorps non nécessaires.

Des maladies auto-immunes ont aussi été annoncées par d'autres études sur le mimétisme moléculaire : il existe des similitudes entre les protéines du virus SARS-CoV-2 et les protéines humaines. Par exemple, 29 pentapeptides sont **communs entre la spike et la protéine cardiaque Titin, dont les altérations sont liées à la mort subite par arrêt cardiaque**[23].

Des auto-anticorps ont été trouvés chez les patients Covid (anti-nucléaires, anti-coagulant du lupus, anti-IFN, anti-MDA5 associés à la **dermatomyosite amyopathique**[24]. Le mimétisme moléculaire avec les protéines de choc thermique pourrait expliquer **les syndromes de Guillain-Barré**[25]. Il existe également un mimétisme entre des épitopes de la spike protéine et certaines protéines neuronales humaines qui font craindre des maladies auto-immunes[26].

Il existe un mimétisme peptidique massif entre l'homme et la souris, c'est-à-dire des organismes qui subissent des conséquences pathologiques à la suite d'une infection par la COVID-19. Au contraire, aucun peptide commun ou un nombre très faible de peptides communs sont présents chez les mammifères qui n'ont pas de séquelles pathologiques majeures une fois infectés par la COVID-19[27].

Pour anticiper les EIs des vaccins, il fallait aussi **s'intéresser à la biodistribution des LNP** (nanoparticules lipidiques) vectrices de l'ARNm des vaccins. D'après Seneff et Nigh, on savait par des études sur un vaccin expérimental anti-grippe à ARNm que celui-ci se répand dans le muscle, les ganglions, la rate, le foie principalement. D'après le rapport EMA sur Moderna, on détecte de l'ARNm dans le cerveau à un taux de 2% de celui retrouvé dans la circulation sanguine. Pour Pfizer, on le retrouve aussi dans la moelle osseuse, les glandes surrénales et les ovaires. (Les études de pharmacocinétique ont été menées avec une formulation différente du vaccin commercialisé).

Le Dr Robert W. Malone avait expliqué que cette bio-distribution faisait craindre des problèmes de fertilité et de maladies du sang[28].

Ovaires

Deux articles publiés avant la COVID, dont un avec de solides expériences d'immunofluorescence, ont démontré que l'on pouvait s'attendre à ce que **les nanoparticules lipidiques (à base de PEG) soient absorbées à des concentrations élevées dans les ovaires.** Chez les animaux, la concentration était si élevée que les ovaires étaient « illuminés » au moment de la dissection.

Testicules

L'ACE2 est hyper exprimé dans les testicules, la Spike

pourrait endommager les testicules. **Le vaccin Pfizer diminue la concentration et la mobilité des spermatozoïdes dans le sperme**[29] et, contrairement à la conclusion des auteurs, si on se réfère aux résultats du tableau 2 de cette publication, **il est clair que cette réduction n'est pas transitoire pour tous les hommes : elle persiste 7 mois après la vaccination.**

Nouvel article de 2022 de JM Sabatier sur l'effet de la spike sur la fertilité[30] :

L'ACE2 est impliquée dans la régulation des systèmes reproducteurs masculin et féminin, ce qui suggère que l'infection par le SRAS-CoV-2 et le dysfonctionnement associé du SRA pourraient affecter la reproduction.

Les patients Covid sévères ont des taux d'hormones sexuelles modifiés. Concernant la reproduction chez l'homme, le SRA et l'ACE2 régulent la stéroïdogeneèse, la production de testostérone et la spermatogenèse dans le testicule. L'ACE2 est largement exprimée dans l'ovaire, l'utérus, le vagin et le placenta. L'ACE2 contrôle le développement folliculaire et l'ovulation, ainsi que l'angiogenèse et la dégénérescence lutéale, de même que les altérations du tissu endométrial et le développement de l'embryon. L'ensemble de ces résultats suggère que le système reproducteur féminin, qui exprime l'ACE2, est vulnérable à l'infection par le SRAS-CoV-2, et que la fertilité pourrait donc être affectée. L'expression dynamique du SRA dans les cellules stromales et épithéliales de l'endomètre au cours du cycle pourrait expliquer les modifications du cycle menstruel observées pendant l'infection par le SRAS-CoV-2. **La spike vaccinale pourrait reproduire ces altérations du métabolisme reproducteur.**

Interaction de la spike avec les récepteurs aux œstrogènes

Des données de bioinformatique ainsi que l'étude de hamsters infectés ont montré que **la spike se lie au récepteur des**

œstrogènes. Les œstrogènes sont responsables de la maturation et du fonctionnement du système reproducteur féminin mais jouent aussi un rôle immunitaire, en particulier dans les voies de signalement utilisées par les macrophages (intervenant dans l'immunité innée anti-infectieuse).

Ceci pourrait aussi expliquer la prédominance de la maladie COVID-19 chez les hommes et l'effet protecteur rapporté d'un traitement anti-oestrogénique sur la prévalence de COVID-19 chez les femmes atteintes d'un cancer de l'ovaire ou du sein[31].

Covid et grossesse, rappel

Aucune des complications obstétriques, n'a montré de différence statistiquement significative entre les femmes enceintes SARS-CoV-2-positives et SARS-CoV-2-négatives admises à l'accouchement, notamment l'anémie, le diabète gestationnel, l'hypertension gravidique, la cholestase intrahépatique, l'hémorragie ante-partum et l'hémorragie post-partum[32].

À propos de la question de la vaccination des femmes enceintes contre la Covid-19, des chercheurs néo-zélandais ont réinterprété les données d'un article du CDC et montré que l'incidence cumulée des avortements spontanés chez les femmes vaccinées avant 20 semaines de gestation est 7 à 8 fois supérieure à la moyenne habituellement observée, mais ils ont dû retirer leur article sous la pression[33].

Moelle osseuse : leucémies, anémies

Le deuxième organe où la concentration augmente et où cela est inquiétant c'est la moelle osseuse d'où des risques de leucémie et anémies en particulier. Il y a aussi passage dans les ganglions, donc risque de lymphomes.

Purpura thrombopénique

Les LNPs se concentrent dans la rate qui est le principal réservoir de plaquettes et le lieu de leur élimination et

aussi un organe lymphoïde important. **Le PTI (purpura thrombopénie idiopathique) est une complication de la Covid,** on peut le retrouver après élimination du virus suggérant un phénomène auto-immun. La migration de l'ARNm vaccinal dans la rate peut générer des cellules B produisant IgG anti-spike : même après élimination de ces IgG on peut trouver un **PTI par défaut de production de plaquettes** (destruction des mégacaryocytes -cellules souches des plaquettes- par autophagie). Les plaquettes jouent aussi un rôle dans l'élimination du virus par phagocytose.

Maladies à prion

S. Seneff alertait également sur le lien possible avec les maladies neurodégénératives dues au prion, ce sont des maladies provoquées par un mauvais repliement des protéines humaines.

La S contient 5 motifs GxxxG (glycine) favorables au repliement en feuillet β des hélices α comme la protéine prion qui en contient seulement 4. La S vaccinale a deux résidus proline pour empêcher la fusion membranaire qui la rendent encore plus capable de se transformer en prion. **Dans le vaccin, il peut y avoir des fragments d'ARNm induisant la synthèse d'une S incomplète de structure imprévisible et d'impact physiologique inconnu.**

L'EMA avait noté qu'il y avait plus d'ARNm fragmentaire dans le produit commercialisé que dans celui ayant servi aux essais cliniques ; le fabricant suppose que ces fragments ont une courte durée de vie, sans plus de preuves[34].

Diabète

Le mécanisme biologique par lequel la spike interagit avec le métabolisme glucidique a été étudié[35].

Les trois principaux mécanismes qui influencent la manifestation de la maladie COVID-19 chez les diabétiques sont

les suivants :

- (a) l'entrée du virus par les récepteurs ACE-2
- (b) l'action par la Dipeptidyl-peptidase-4, et
- (c) l'élévation de la concentration de glucose dans les voies respiratoires par une glycémie élevée.

L'ACE-2 est exprimé dans les cellules épithéliales alvéolaires, le cœur, les épithéliums rénaux-tubulaires et intestinaux et le pancréas. La S-Glycoprotéine à la surface du SRAS-CoV-2 se lie à cette ACE-2 et subit un changement de conformation. Cela permet sa digestion protéolytique par les protéases des cellules hôtes TMPRSS2 et Furin, ce qui entraîne l'internalisation du virus. L'entrée du virus dans les cellules déclenche une réponse inflammatoire des cellules T auxiliaires et, parfois, une « tempête de cytokines », entraînant des lésions organiques.

Le vaccin Covid exacerbe l'hyperglycémie chez les diabétiques, d'après une étude de cas et ce serait dû à l'inflammation induite par le vaccin[36].

Le vaccin provoque des modifications métaboliques chez des sujets sains et jeunes ne se manifestant pas cliniquement : « *La vaccination a influencé divers indicateurs de santé dont ceux liés au diabète, au dysfonctionnement rénal, au métabolisme du cholestérol, aux problèmes de coagulation, au déséquilibre électrolytique, de la même manière que si les volontaires avaient subi une infection* ». [Liu et al., 2021, p. 9], « *des altérations cohérentes de l'hémoglobine A1c, des taux sériques de sodium et de potassium, des profils de coagulation et des fonctions rénales ont été notées chez des volontaires sains après la vaccination avec un vaccin inactivé contre le SRAS-CoV-2. Des changements similaires avaient également été signalés chez les patients atteints de l'infection COVID-19, suggérant que la vaccination imitait une*

infection ». ([Liu et al., 2021, p. 1][37].

Manifestations gastro-intestinales, neurologiques, hépatiques

Les récepteurs de l'ACE2 sont surexprimés dans la paroi intestinale, ce qui entraîne une forte perméabilité intestinale aux agents pathogènes étrangers. Une interconnexion entre les poumons, le cerveau et le tractus gastro-intestinal lors d'un COVID-19 sévère a été mentionnée[38]. **De nombreux chercheurs ont fait état de troubles intestinaux et neuraux induits par le SRAS-CoV-2.** Certains symptômes, notamment les vomissements et les nausées, pourraient être des signes de troubles du système digestif ou du système nerveux. Le SRAS-CoV-2 provoque des symptômes du système nerveux central et périphérique, tels que l'hyposmie/anosmie, les céphalées, les nausées, les vomissements et les symptômes psychiatriques et psychologiques, chez un pourcentage élevé de patients atteints de COVID-19.

Effet de la protéine de pointe du SRAS-CoV-2 sur les cellules endothéliales et la barrière hémato-encéphalique

La spike du SRAS-CoV-2 stimule une réponse pro-inflammatoire dans les cellules endothéliales du cerveau qui peut avoir un effet négatif sur l'intégrité de la barrière hémato-encéphalique et perturber sa fonction. L'altération de la fonction de la barrière hémato-encéphalique augmente considérablement la possibilité d'une invasion neurologique par ce virus, offrant une explication au risque de dommages neurologiques chez les patients atteints de COVID-19. L'une des raisons des complications neurologiques observées chez les patients atteints du COVID-19 est une interaction de la protéine spike ou, plus précisément, du domaine de liaison du récepteur de la protéine spike S1 (SARS-CoV-2 S1 RBD), avec des protéines amyloïdogènes dans le cerveau. Il a récemment

été démontré par docking moléculaire que ce domaine peut interagir avec le peptide β-amyloïde, l'α-synucléine, la protéine tau et la protéine prion.

Cancer et spike

Il existe des similitudes cliniques et moléculaires entre le cancer et le COVID-19 : les quatre principales voies de signalisation à l'intersection du COVID-19 et du cancer sont la signalisation des cytokines, de l'interféron de type I (IFN-I), du récepteur des androgènes (AR) et des points de contrôle immunitaire[39].

Interaction de spike avec les systèmes de réparation de l'ADN humain

La sous-unité S2 de spike interagit in vitro avec des protéines anti-tumorales comme p53 et BRCA, selon une analyse bioinformatique pour étudier l'interaction de la protéine de la sous-unité S2 du SARS-nCoV-2 avec les protéines suppresseuses de tumeurs p53 et BRCA-1/2[40].

Angiogenèse

D'après des autopsies de patients décédés de COVID-19 sévère, la spike favoriserait l'angiogenèse (la prolifération de vaisseaux sanguins). Cette angiogenèse est indispensable à l'oxygénation et à la prolifération des tumeurs malignes[41].

Analyse de quelques publications d'effets indésirables dûs au vaccin

Cancer

Selon une pathologiste, **les caractéristiques des cancers du sein qu'elle observe depuis la vaccination ont évolué**[42] :

- Âge – L'âge moyen des échantillons a chuté, avec une augmentation du nombre d'échantillons de personnes âgées de 30 à 50 ans.

• Taille – Habituellement, il était rare de trouver une tumeur de 3 cm. Dans ce nouvel environnement, elle voit régulièrement des tumeurs de 4 cm, 8 cm, 10 cm et parfois de 12 cm, elle a trouvé une tumeur de 16 cm qui prenait un sein entier.
• Tumeurs multiples se développent en même temps dans les 2 seins et même dans plusieurs organes. On avait des tumeurs dans le sein, le pancréas et les poumons quelques mois après avoir été vacciné.
• Récidive – Il y a eu une augmentation du nombre de patients qui sont en rémission de leur cancer depuis de nombreuses années, ayant soudainement une récidive agressive de leur cancer peu de temps après la vaccination.

Des études de cas de **prolifération de lésions lymphomateuses après vaccin sont publiées**[43], un **hypermétabolisme des ganglions après vaccin** (qui est attendu) a été noté également[44].

Dérèglement immunitaire induit par le vaccin

1) Suppression immunitaire non spécifique

Dans la maladie- COVID-19, **une importante lymphopénie est trouvée chez de nombreux patients atteints de Covid sévère.** Avec une perte pouvant aller jusqu'à 80% des cellules T du sang, concomitante avec une prolifération intense du pool de CD8+, cellules T[45]. On a noté une **réactivation d'herpès post vaccination Pfizer en Israël chez des patients avec une maladie inflammatoire rhumatologique** (cf Seneff et Nigh). Au printemps 2022, **la varicelle** (due aussi au virus herpès-zona) **a connu un pic jamais atteint en France**[46].

- Les vaccins ARNm induisent la production d'anticorps anti-IFN I (anti-interféron). L'interféron participe à l'activité anti-virale du système immunitaire[47]
- Les vaccins ARNm induisent une chute du taux de lymphocytes cytotoxiques CD8[48]

- Dérèglement de l’immunité adaptative (génération aléatoire des parties variables des Ig)

Un article gênant a été retiré (sous le prétexte d’une expérience mal conduite).

Il montrait que la protéine spike du SRAS-CoV-2 inhibe de manière significative la réparation des dommages à l’ADN, qui est nécessaire pour une recombinaison V(D)J efficace dans l’immunité adaptative. La protéine spike se localise dans le noyau et inhibe la réparation des lésions de l’ADN en empêchant le recrutement des protéines clés de réparation de l’ADN, BRCA1 et 53BP1, au site des lésions. Ce serait un mécanisme moléculaire potentiel par lequel la protéine spike pourrait entraver l’immunité adaptative et occasionner des EIs potentiels des vaccins à base de spike pleine longueur[49].

• Décès par tempête cytokinique après vaccination[50]. Dans 4 cas de décès suivant une seconde dose de vaccin Covid à ARNm, le sang des victimes a été prélevé dans les 24h après la mort et a montré une augmentation de l’expression des gènes liés à l’hyperinflammation : les victimes seraient décédées d’une tempête cytokinique. La fonction immunitaire avait été sensibilisée par la première vaccination et la seconde a pu provoquer un SIRS (Syndrome de réponse inflammatoire systémique)

• Dérèglement immunitaire induit par les nanoparticules lipidiques (LNPs). Le composant synthétique lipidique et ionisable des LNPs est hautement inflammatoire. Il est connu que certains vaccins et infections peuvent affecter à long terme la réponse innée en augmentant ou diminuant l’activation des cellules effectrices. Une étude sur les souris montre que les LNP d’un vaccin ARNm inhibent les réponses anticorps et augmentent la réponse innée. **Le composant lipidique des LNPs Pfizer a une demi-vie de 20 à 30 jours in vivo.** L’exposition primaire à des LNPs vides d’ARNm ou codant pour une protéine

quelconque inhibe la réponse anticorps lors d'une seconde injection de LNPs vectrices d'un ARNm codant pour l'hémagglutinine du virus grippal. Les niveaux d'anticorps, ainsi que le nombre de centres germinaux de cellules B, sont diminués par cette première sensibilisation. Par contre, la pré-exposition à des LNPs portant un ARNm de protéine sans intérêt augmentent la protection contre une infection grippale ou à Candida chez les souris : les LNPs-ARNm augmenteraient la réponse innée ?

On ne sait pas dans quelle mesure les vaccinations réitérées peuvent aggraver cette dégradation de l'immunité immune. Les données sont contradictoires. Le dérèglement non spécifique de l'immunité induit par les LNP-ARNm est transmissible à la progéniture des souris, sans doute par un phénomène épi-génétique[51].

2) Dérèglement immunitaire spécifique

Ce sont les conséquences de l'immunosuppression et de l'ADE (elles sont alors immédiates : Covid post injection). On retrouve de nombreux exemples (essai cliniques et études observationnelles post commercialisation)

- **Suppression immunitaire spécifique par le vaccin** : en 2021, il avait été montré qu'après une infection par le variant alpha chez un vacciné, la prévalence d'anticorps anti-N détectable est inférieure à celle des non vaccinés. Pour le variant delta, on n'observait pas cette réduction de prévalence mais les taux d'anti-N étaient réduits chez les vaccinés 1 ou 2 doses infectés par les variants alpha et delta par rapport aux taux d'anti-N observés chez les non vaccinés convalescents[52]. Déjà en 2021, Allen et al. avaient noté que **chez les vaccinés, après une infection Covid, les taux d'ac anti-N étaient soit nuls, soit inférieurs à ceux des non vaccinés** ; cependant cette étude ne concernait que 23 infections post-vaccinales[53]. En octobre 2021, un rapport du

gouvernement du Royaume Uni avait aussi noté cette diminution d'anti-N chez les vaccinés infectés[54].

Les chercheurs du gouvernement britannique affirmaient (p. 23) que leurs tests sérologiques sous-estimaient le nombre de personnes ayant une infection antérieure en raison des « observations récentes des données de surveillance de l'Agence britannique de sécurité sanitaire (UKHSA) selon lesquelles les niveaux d'anticorps N semblent être plus faibles chez les personnes qui contractent l'infection après deux doses de vaccination ». **Pour info, les « experts » avaient traité de désinformateurs ceux qui avaient remarqué ces données en prétendant que l'absence d'anti-N était due à l'absence de réplication du virus**[55], voir ci-dessous, essai Moderna. À nouveau en 2022, une publication d'avril 2022 du NIH et de Moderna vient confirmer ces données dans l'essai clinique Moderna donc avec la souche de Wuhan[56].

La réponse est orientée vers la spike chez les vaccinés et moins vers la N qui est pourtant moins susceptible de muter et confère une bonne immunité. Les spikes des variants successifs, s'éloignant de plus en plus de la spike originelle de Wuhan sur laquelle sont fondés les vaccins, il aurait été fort utile que les vaccinés développent des anti-N aux mêmes taux (ou plus) que les non-vaccinés. Il se produit l'inverse.

Les auteurs ont analysé « les données de 1789 participants (1298 receveurs du placebo et 491 receveurs du vaccin) atteints d'une infection par le SRAS-CoV-2 pendant la phase en aveugle (jusqu'en mars 2021). Parmi les participants présentant une maladie de type Covid-19 confirmée par PCR, une séroconversion vers des anticorps anti-N au cours d'un suivi médian de 53 jours après le diagnostic est survenue chez 21/52 (40%) des personnes ayant reçu le vaccin mRNA-1273 contre 605/648 (93%) des personnes ayant reçu le placebo ($p < 0,001$) ». **Les participants infectés après avoir été vaccinés par le Moderna sont plus de 2 fois moins susceptibles de**

présenter une réponse anti-N que les non vaccinés. Et ceci n’est pas dû à une moindre réplication du virus chez les vaccinés car à charge virale équivalente, les vaccinés produisent moins d’anti-N.

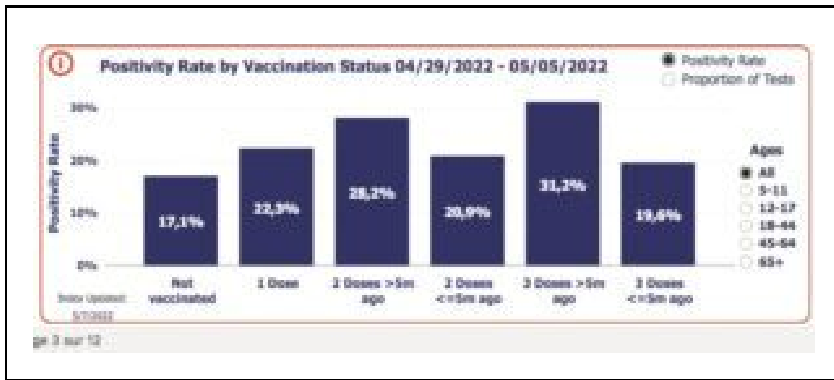
Chez les personnes infectées avant d’avoir été vaccinées, les taux d’anti-N étaient comparables à ceux des non vaccinés. La protéine N peut générer une réponse cellulaire T robuste, elle est bien conservée et ne se recombine pas fréquemment. L’immunité anti-N est probablement importante. On ne sait pas si les tendances sont les mêmes avec l’omicron ou avec d’autres vaccins COVID.

Le vaccin pourrait empêcher l’acquisition d’une immunité contre la protéine nucléocapside du virus.

L’implication de cette étude serait que plus on vaccine, plus on efface l’immunité naturelle, de sorte que non seulement on attrape toujours le virus, mais qu’on continuera à l’attraper parce qu’on ne peut jamais atteindre une immunité complète, comme on pourrait le faire avec une infection naturelle, sans avoir été inoculé par une thérapie génique qui pousse l’organisme à réagir de manière inappropriée. Il s’agit d’une injection qui empêche l’immunité collective !

La réduction de la capacité à produire des anti-N a été observée après la dose 2 seulement, et non après la dose 1. Que se passe-t-il donc après les doses 3 et 4 ? L’émoussement est-il maintenu, accru ?

Il semble bien que **plus on injecte la thérapie génique à ARNm aux gens, plus le virus circule et plus ils sont infectés.** Toutes les données provenant du Royaume-Uni[57] semblent indiquer que plus on vaccine, plus on est infecté (les non vaccinés sont plus testés que les vaccinés, sans doute car les employeurs exigent plus de tests chez eux).



Les vaccinés sont plus à risque d'être testés positifs alors qu'ils sont moins testés !

Figure tirée de : https://www.walgreens.com/businesssolutions/covid-19-index.jsp (Walgreens est une entreprise qui vend des tests Covid).

Les dernières données de Walgreens concernent les résultats de 66 000 tests effectués dans tout le pays pendant la semaine du 17 avril 2022. Bien que les personnes non vaccinées aient été soumises au plus grand nombre de tests de toutes les cohortes (probablement en raison des obligations de test des employeurs), **elles représentent la plus faible part des résultats positifs hebdomadaires.** Il semble que la situation s'aggrave à mesure que l'on augmente les doses et la durée d'exposition à la dose !

Article des CDC de 2022 : Dosage des anticorps-anti-N (dus à infection et pas vaccination) :

Les vaccinés séroconvertissent moins : c'est sans doute dû au péché originel antigénique et non à une quelconque protection[58].

Quelques exemples d'effets indésirables trouvés dans les publications scientifiques

- Hépatites : réactivation de virus HBC[59]
- Hépatite auto-immune, nbx cas, Modification paramètres

hépatiques

- Anémie[60]
- Aggravation diabète[61]
- Apparition diabète type 1
- Myopathie immune nécrosante[62]
- Thrombose coronarienne[63]
- AVC[64]
- Vascularite rénale auto-immune[65]
- Vascularite nécrosante[66]
- Thrombose cérébrale veineuse[67]
- Guillain Barré
- Hépatite auto-immune
- Hypertension artérielle
- Suppression de moëlle osseuse
- Pemphigoïde bulleux
- polyneuropathie
- Altération du sperme
- Thrombocytopénie[68]
- Encephalite, épilepsie[69]
- Myocardites
- Zona[70]
- Manifestations oculaires, auditives, neurologiques
- SEP
- Venous sinus thrombosis
- Thyroïdite subaigüe, auto-immune
- Réaction amyloïde, CJD
- Défaut du contrôle de la coagulation chez patients sous anti-coagulants AVK
- Inflammation généralisée

Comparaison des EIG entre vaccins anti-Covid et anti-grippaux : Les risques absolus les plus importants ont été observés pour les réactions **allergiques, constitutionnelles,**

dermatologiques, gastro-intestinales, neurologiques et les douleurs localisées et non localisées. Les risques relatifs les plus importants entre COVID-19 et les vaccins antigrippaux ont été observés pour **les réactions allergiques, l'arythmie, les événements cardiovasculaires généraux, la coagulation, les hémorragies, les réactions gastro-intestinales, oculaires, des organes sexuels et la thrombose**[71].

Le dernier rempart c'est vous

Université d'Eté Résistante 2022

« mettre nos intelligences au service de l'Humanité »

Du 16 au 18 septembre 2022

à Villeneuve-Les-Avignons (Gard)

Pour s'inscrire, c'est ici : https://uflf88.fr/universite-dete-resistante/

Evénement privé, sur inscription. Information sur : uer@doctothon.org

Droit d'inscription: 15 euros par jour, 35 euros pour les trois jours.

Doctothon

Marche du Réveil

Ce n'est pas aux enfants de nous protéger

source : Mondialisation